संख्या–एस0ई0–328/दस–14–बीमा–14/08ए

प्रेषक,

राम किशोर पाण्डेय,
उप सचिव,
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

समस्त विभागाध्यक्ष तथा कार्यालयाध्यक्ष,
उत्तर प्रदेश।

वित्त (सेवायें) अनुभाग–1 लखनऊः दिनांकः 21 जुलाई, 2014

विषयः– सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत त्रुटिवश की गयी कटौती की धनराशि के भुगतान के संबंध में प्रपत्र–24 का संशोधन।

महोदय,

उपर्युक्त विषय पर शासनादेश संख्या–बीमा–2825/दस–85–5/1980, दिनांक 25 सितम्बर, 1985 के क्रम में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि सामूहिक बीमा योजना संबंधी दरों में परिवर्तन हो चुका है तथा वर्तमान में सामूहिक बीमा संबंधी धनराशि का भुगतान ई–पेमेन्ट द्वारा किया जा रहा है, जिसके लिए सरकारी सेवक का बैंक खाता विवरण के अन्तर्गत बैंक का नाम, शाखा, ब्रान्च कोड/ओ0एफ0एस0 कोड व जिले की आवश्यकता होती है। चूँकि प्रपत्र–24 पर उक्त सूचना के उल्लेख का स्तम्भ नहीं है, अतः शासन द्वारा यह निर्णय लिया गया है कि इस प्रकार की धनराशि के भुगतान हेतु दावे विभागाध्यक्षो द्वारा निदेशक, उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय को संलग्न जी.आई.एस. संशोधित प्रपत्र–24 में प्रस्तुत किये जाये। कृपया इन आदेशों का अनुपालन कड़ाई से सुनिश्चित किया जाय।

संलग्नक–यथोक्त– जी.आई.एस. संशोधित प्रपत्र–24

भवदीय,

(राम किशोर पाण्डेय)
उप सचिव।

संख्या–एस0ई0–328(1)/दस–14, तद्दिनांक

प्रतिलिपि संलग्नक की प्रति सहित निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषितः–

1– महालेखाकार (प्रथम/द्वितीय), उ0प्र0, इलाहाबाद।
2– सचिवालय के समस्त अनुभाग
3– निदेशक, उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय को उनके पत्र संख्या–सामू0बीमा–623/प्रपत्र संशोधन/2014, दिनांक 25 जून, 2014 के सन्दर्भ में।

आज्ञा से,

(राम किशोर पाण्डेय)
उप सचिव।

जी0आई0एस0 प्रपत्र संख्या–24 (संशोधित)

(सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत त्रुटिवश काटी गयी /जमा धनराशि की वापसी हेतु यह प्रपत्र तीन प्रतियों में बीमा निदेशालय को प्रेषित करना है)

1. अधिकारी/कर्मचारी का नाम : .....
2. पदनाम : .....
3. अधिकारी/कर्मचारी/लाभग्रही का विवरण : .....
   (अ) नाम : .....
   (ब) पता .....
   (स) सम्बन्ध : .....
4. पिता/पति का नाम : .....
5. नियुक्ति के स्थान का पता : .....
6. जी0पी0एफ0/एन0पी0एस0 नं0 : .....
7. लाभग्रही अथवा अधिकारी /कर्मचारी (जैसी स्थिति हो) का बचत बैंक खाता का विवरण : .....
   बैंक का नाम : .....
   ब्रांच/आई.एफ.एस. कोड : .....
   जिला : .....
8. प्रस्ताव भेजने में विलम्ब का कारण .....

9. त्रुटिपूर्ण की गयी कटौतियों का विवरण :–

अविध .....से .....तक (1)	कुल अभिदानों की संख्या (2)	जमा अभिदानों की दर (3)			देय अभिदानों की दर (4)			जमा व देय अभिदानों की दर का अन्तर (5)=3-4			कुल अन्तर (6)=(5)x(2)			लेखाशीर्षक जिसमें जमा किया (7)
		3(1)	3(2)	3(3)	4(1)	4(2)	4(3)	5(1)	5(2)	5(3)	6(1)	6(2)	6(3)	
		बीमा	बचत	कुल	बीमा	बचत	कुल	बीमा	बचत	कुल	बीमा	बचत	कुल	

हम एतद्द्वारा पुष्टि करते हैं कि उक्त विवरण सही है, इसके आधार पर निदेशक, सामूहिक बीमा, उत्तर प्रदेश, लखनऊ से त्रुटिवश काटी गयी धनराशि के भुगतान का आग्रह किया जाता। यह भी पुष्टि की जाती है कि उक्त दावे का प्रपत्र इसके पूर्व कभी नहीं प्रेषित किया गया है और न कर्मचारी/लाभग्रही को उक्त अवधि का भुगतान ही बीमा निदेशालय अथवा विभाग द्वारा पूर्व निर्धारित प्रक्रियानुसार किया गया है। भविष्य में इस प्रकार की कटौती न किये जाने हेतु सर्व सम्बन्धित को आदेशित कर दिया गया है।

दिनांक .....
स्थान .....

कार्यालय/आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर .....
अधिकारी का नाम .....
अधिकारी का पदनाम .....
अधिकारी के पदनाम की मुहर .....
डी0डी0ओ0 कोड संख्या .....

बीमा निदेशालय द्वारा भरा जायेगा

टोकन सं0 ..... दिनांक .....
स्वीकृत धनराशि रु0 .....
सक्षम अधिकारी के हस्ताक्षर .....

विभागाध्यक्ष कार्यालय के प्रयोगार्थ

पत्र संख्या ..... दिनांक .....

सेवा में,

निदेशक,
सामूहिक बीमा निदेशालय,
उ0प्र0 लखनऊ।

महोदय,

कार्यालयाध्यक्ष/आहरण एवं वितरण अधिकारी के उपरोक्त विवरण से मैं सन्तुष्ट हूँ। कृपया उपरोक्त विवरण के आधार पर त्रुटिवश कटौती से सम्बन्धित धनराशि रु0 ..... का भुगतान करने का कष्ट करें। भविष्य में इस प्रकार की कटौती न किये जाने हेतु सम्बन्धित कार्यालय को निर्देशित कर दिया गया है।

त्रुटिवश काटी गयी धनराशि के प्राप्त होने पर सम्बन्धित कर्मचारी/लाभार्थी से जी0आई0एस0 प्रपत्र–4 प्राप्त कर भुगतान रसीद आपको प्रेषित कर दी जायेगी।

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर .....
विभागाध्यक्ष का नाम .....
विभागाध्यक्ष की मोहर .....

(दावेदार से धनराशि प्राप्त करने से सम्बन्धित रसीद)

सेवा में,

.....
.....
(कार्यालयाध्यक्ष का नाम व पता)

महोदय,

मैंने शासन की सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत त्रुटिपूर्ण कटौती की वापसी हेतु प्रस्तुत किये गये दावे के सम्बन्ध में रु0 ..... (शब्दों मे .....
.....) की धनराशि का भुगतान सधन्यवाद प्राप्त किया।

भवदीय
(सरकारी सेवक/लाभग्रही के हस्ताक्षर)
नाम .....
पूर्ण पता .....